

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 1459

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

DU PLESSIS DE GRÉNEDAN Raoul

Né à Quessoy (Côtes-du-Nord), le 25 Avril 1915

Ex-prosecteur à l'École de Médecine de Rennes

Ex-interne de l'Hôpital et de la Maternité de Saint-Brieuc

Une Epidémie de Variole à Saint-Brieuc

(1938-1939)

Président : M. BINET, Professeur

RENNES

IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ÉCLAIR

38, rue du Pré-Botté, 38.

—
1939

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

DU PLESSIS DE GRÉNEDAN Raoul

Né à Quessoy (Côtes-du-Nord), le 25 Avril 1915

Ex-prosecteur à l'École de Médecine de Rennes

Ex-interne de l'Hôpital et de la Maternité de Saint-Brieuc

Une Epidémie de Variole à Saint-Brieuc

(1938-1939)

Président : M. BINET, Professeur

RENNES

IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ÉCLAIR

38, rue du Pré-Botté, 38.

—
1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD ..	Histologie.
CATHALA ...	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..	Parasitologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN ...	Oto - rhino - laryngologie.
HUGUENIN ..	Anatomie pathologique.
JOANNON ...	Hygiène.
LACOMME ..	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)....	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÈNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ..	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS. ...	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE ...	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH ...	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ...	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NIVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE..
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT..
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
MOURE
QUENU
VELTER

Clinique chirurgi-
cale.

MM.

ECALLE
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologic.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de mon affection.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A NOTRE PRÉSIDENT ET MAÎTRE VÉNÉRÉ
MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET

AU DOCTEUR HERY
MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL DE SAINT-BRIEUC

*A qui je dois le sujet de cette thèse,
en témoignage de ma reconnais-
sance.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Hommage reconnaissant.

INTRODUCTION

Certaines maladies disparues du premier plan de l'actualité pathologique, surgissent de façon imprévue, démontrant au médecin qu'au moindre défaut de vigilance, elles sont prêtes à dévaster nos régions.

La variole en constitue le meilleur exemple. De temps à autres nous apprenons qu'en telle ou telle région elle se manifeste à nouveau. Varioles atténuées sans doute mais qui rencontrant un terrain favorable et non immunisé, et ceci existe encore en France, peut retrouver la virulence d'autrefois.

Seule, une surveillance constante et des mesures énergiques à chaque nouvelle tentative d'invasion, nous mettront à l'abri de ce fléau. La rapidité avec laquelle ces épidémies peuvent être jugulées montre toute la portée de la vaccination.

La poussée épidémique survenue durant notre séjour dans le service des maladies infectieuses, dirigé par Monsieur le Docteur HERY, médecin-chef de l'hôpital de Saint-Brieuc, va nous permettre d'étudier la genèse de sa réapparition, ses manifestations et les résultats obtenus par ceux qui furent chargés de sa prophylaxie dans les Côtes-du-Nord.

HISTORIQUE

La variole semble connue de temps immémoriaux et MOORE en 1815 admettait qu'elle avait atteint l'Inde et la Chine 2.000 ans avant Jésus-Christ.

En 580, GRÉGOIRE de Tours la signale dans le Sud de l'Europe et lui donne son nom de « variole ».

Au Moyen Age elle prend une extension considérable, essaimée par les Croisés et les Normands.

Au xvi^e siècle elle apparaît en Amérique importée par les Espagnols.

Aux xvi^e, xvii^e xviii^e siècles elle sévit de façon endémique, surtout en Angleterre, où elle présente des paroxysmes redoutables. En conséquence en 1718, Lady MARY MONTAGU ayant remarqué que les Turcs vaccinent les jeunes femmes pour les protéger des cicatrices indélébiles si nuisibles à leur beauté fait vacciner ses enfants, mais ne peut faire adopter la méthode en Angleterre.

En 1796, JENNER propose sa méthode qui rencontre une opposition farouche.

Le duc DE LA ROCHEFOUCAULD apporte tout son zèle à la propager en France.

En 1812, le baron DE CHABROL, préfet de la Seine,

pouvait dire : « La pratique de la vaccination a fait en France des progrès plus rapides que dans la plupart des autres Etats de l'Europe », et se croit autorisé à conclure « nous nous sommes rapprochés de beaucoup du but ; l'extinction totale de la petite vérole en France ». Il était très optimiste, car elle sévira encore à l'état endémique et la France en souffrira particulièrement de 1869 à 1871 : sur 600.000 mobilisés, 125.000 varioleux et 23.740 morts.

Depuis elle va s'atténuant jusqu'à la guerre de 1914.

De 1914 à 1918 nous comptons 8 millions de mobilisés, 12 cas de variole dont 1 seulement fut mortel.

En 1920, nous trouvons 14 cas à Paris et 8 en banlieue.

De 1920 à 1925, la moyenne va tomber pour Paris et sa banlieue à 5 ou 6 cas par an.

En 1925-27 nouvelle recrudescence avec 180 cas.

Depuis, le nombre de varioles déclarées sera infime et il faut aller à Reims en 1933-34 pour trouver une épidémie de quelque importance, mises à part les épidémies de la région bretonne.

En effet, en 1903-1904 elle fait son apparition à Rennes. L'origine doit en être recherchée dans la région de Saint-Brieuc où nous notons une épidémie contemporaine. La Préfecture des Côtes-du-Nord en trouve la racine à Jersey et à Guernesey, îles fréquentées par nos paysans et nos marins et édicte à leur égard des mesures sévères de prophylaxie.

Depuis, elle avait complètement disparue de l'actualité lorsqu'en 1939, elle survint brusquement, provoquant une épidémie heureusement bénigne et qui, grâce aux méthodes énergiques mises en œuvre dès son apparition, se limita à une dizaine de cas.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'étude de l'épidémiologie est l'une des plus intéressantes qui soit dans ces maladies essentiellement contagieuses. Elle nous a été fort utile au point de vue diagnostic où elle nous a permis de poser dès la période d'invasion un diagnostic précis et au point de vue prophylactique puisqu'elle permettait l'isolement précoce de nos malades.

Le premier cas fut celui de M. Lem... Pierre, de Plœuc, obs. I : il s'alite le 22 décembre 1938. Un interrogatoire serré nous apprend que les 11 et 12 décembre, venu à Saint-Brieuc voir sa femme hospitalisée, il a couché dans un petit hôtel près de la gare. Notre enquête de ce côté nous révèle que deux marins de passage avaient occupés la même chambre les 9 et 10 décembre. L'une des employées nous signale que l'un d'eux présentait des boutons sur le visage. Il semble bien que ce soit là, l'origine de cette épidémie, malheureusement il nous a été impossible de retrouver les marins mis en cause. M. Lem... Pierre fait une variole bénigne mais va devenir source de contagion. Son frère Lem... Jean le visite pendant sa maladie, il doit s'aliter le 18 janvier 1939.

Lem... Pierre lors des visites qu'il rendait à sa femme à l'hôpital fut en contact avec Mme Melc..., autre hospitalisée obs. III. Celle-ci rentre chez elle le 24 décembre, le 3 janvier une variole se déclare. M. Lem... Pierre semble avoir joué ici le rôle de porteur en apparence sain, en réalité il était déjà en incubation.

La famille Melc... est touchée, un enfant de 7 ans obs. IV puis la grand'mère âgée de 69 ans obs. V, sont atteints.

Notre épidémie de Plœuc passe au Légué où elle a trouvé un terrain particulièrement favorable en la personne de Mme Melc..., convalescente de typhoïde.

La variole apparaît ensuite dans un débit de Pordic, elle atteint Mme Even... François obs. VI, venu rendre visite à la famille Melc... à plusieurs reprises. Elle touche l'enfant Den... Louis, neveu d'Even... Fr. obs. X, Mme Van... Marie obs. VII, voisine d'Even...

Le débit Even... semble jouer dès lors le rôle de centre disséminateur pour Binic et Pordic.

Quant à Mmes R... et Bourd... obs. XI et XII de l'Asile des Vieillards, elles ont été contaminées par les malades hospitalisées ayant enfreint les consignes formelles données par M. le Médecin-chef Héry.

Telle fut la marche de cette épidémie qui s'éteignit faute de trouver de nouvelles victimes, les mesures d'hygiène et de vaccination prises sur une grande échelle, s'étant avérées efficaces.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le virus variolique détermine deux sortes de lésions principales dans l'organisme : des lésions cutanées bien étudiées et presque toujours identiques à elles-mêmes, des lésions nerveuses, moins bien connues mais cependant absolument certaines, et dont l'exagération amènera des complications cliniques bien connues. Enfin accessoirement il agit sur les divers viscères et sur le sang.

Les lésions cutanées d'une variole non compliquée passent toujours par les mêmes stades :

L'hyperhémie du derme prédominante en certains points s'accompagnant d'œdème léger se manifeste par l'apparition des macules.

Congestion et œdème s'accroissent envahissant le corps muqueux de Malpighi, des cellules se gonflent, le protoplasma semble réticulé, souvent les cellules se fusionnent réalisant « la dégénérescence ballonisante de Unna ». Les cellules comportent près de leur noyau des corpuscules de Guarniéri-Négri, colorables par le Giemsa.

Ces phénomènes s'accroissent, les cellules se fu-

sionnent plus complètement, réalisant une véritable cavité : la vésicule; de fins tractus fixent le plafond de cette cavité à son plancher et créent l'ombilication.

La rupture des cellules de la couche génératrice permet l'irruption des globules blancs dans la cavité vésiculaire, constituant le stade pustuleux. La congestion périphérique est considérable et réalise l'aréole secondaire. Le liquide est riche en mononucléaires, en cellules épithéliales et en débris nucléaires.

La sérosité se résorbe provoquant un affaissement surtout marqué au centre : c'est l'ombilication secondaire.

Tous les éléments de la pustule se dessèchent et forment la croûte sous laquelle l'épiderme se régénère. Après la chute des croûtes subsistent des cicatrices plus ou moins déprimées, mais lisses par suite de la disparition des papilles dermiques.

L'anatomie pathologique de l'énanthème est absolument superposable mais étant formées dans des tissus mous, les vésicules se rompent avant la pustulisation et laissent à leur place des exulcérations superficielles qui se recouvrent souvent d'un enduit fibrineux; il n'y a jamais de croûtes. Au niveau des diverses muqueuses la congestion et l'œdème sont parfois considérables et créent un réel danger dans certaines régions, telles que le larynx.

Les lésions nerveuses mal connues sont indiscutables: des phénomènes congestifs prédominent sur l'axe gris de la moelle, du bulbe et de la protubérance avec électivité pour le locus niger, dont les cellules

présentent quelques lésions dégénératrices. Les lésions de la substance blanche semblent exceptionnelles.

Presque tous les viscères peuvent être touchés mais seules les lésions de la rate et des ganglions lymphatiques sont caractéristiques : il y a transformation myélogène.

Enfin, la réaction sanguine se traduit par une mononucléose avec présence de myélocytes et d'hématies nucléées.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous allons étudier l'allure générale de cette épidémie telle qu'elle peut se dégager des diverses observations recueillies. Nous notons dès à présent l'évolution relativement bénigne; il ne fut pas observé de cas mortels.

La durée de l'incubation peut être fixée entre huit et douze jours : M. Lem... Pierre obs. I, séjourne à Saint-Brieuc les 13, 14 et 15 décembre et tombe malade le 22 décembre. L'enfant Mel... obs. IV, est remis au contact de sa mère convalescente de typhoïde le 5 janvier. Le 17 il fait la première poussée de température. Madame Van... Marie (obs. VII), rend visite à En... François les 10 et 11 février; elle tombe malade le 19 février. A ce moment du reste rien ne permet de soupçonner la nature du mal.

La période d'invasion au contraire se présente avec son cortège de signes généraux intenses, qui obligent le malade à s'aliter. Un frisson intense, une température élevée de 39-40 et même 41°, une céphalée surtout frontale, très violente à type pseudo-méningitique, une rachialgie insupportable à prédomi-

nance lombaire. Ces deux derniers symptômes sont les plus caractéristiques de cette phase. Il s'y ajoute des vomissements, une congestion des muqueuses entraînent du coryza et de la conjonctivite, une tachycardie en rapport avec la température mais accompagnée d'hypotension. Dans les cas sérieux le délire s'observe dès ce stade : Madame Melc... (obs. V). Cet état se maintenait pendant deux à trois jours et brusquement la température revenait à la normale.

L'évolution jusqu'à présent ne se différencie guère de celle d'une grippe et nous fûmes surpris de voir apparaître une éruption érythémateuse à siège électif aux plis de flexion. Eruption qui restait localisée et réalisait le plus souvent un véritable rash scarlatini-forme; fond rouge parsemé d'un fin pointillé en relief. Nous n'avons jamais constaté cet érythème pendant plus de quarante-huit heures et il serait souvent passé inaperçu si l'examen attentif ne l'avait décélé, d'autant que la face est toujours indemne.

Beaucoup plus nette sera l'éruption. Elle survient fréquemment la nuit. Au réveil le malade se trouve beaucoup mieux, la température est normale. Brusquement son euphorie s'évanouit lorsqu'il constate la présence de petites taches rubis bientôt « fleur de pêcher » disséminées sur son visage. Ce sont des macules arrondies, disparaissant à la pression digitale, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Apparues d'abord à la face elles gagnent le cou, le thorax et le reste du corps; l'abdomen demeurant relativement indemne.

Insensiblement cette tâche se soulève, devient nettement saillante, c'est la papule, nettement indurée à sa base, entourée d'aréole rosée, elle prend une teinte de plus en plus foncée. Cet état dure vingt-quatre heures et la phase vésiculaire survient. La vésicule apparaît, petit point blanc qui peu à peu s'étend, véritable perle enchassée dans la papule qui lui sert de base, elle donne au toucher la sensation d'un grain de plomb. Elle contient un liquide clair, transparent sous tension. Pendant 24 heures, nous la voyons s'étendre, rester stationnaire pendant une dizaine d'heures et s'ombiliquer pour les raisons que nous avons vues au chapitre de l'anatomie pathologique. Cette vésiculation suit la même marche que la macule : apparue à la face elle gagne le tronc et les membres.

Un deuxième élément caractérise cette phase éruptive : l'énanthème surtout visible au niveau de la cavité buccopharyngée. Les cas les plus typiques furent ceux de Monsieur Lem... Jean (obs. II) et de Madame Melc... (cas V). Ce sont de petites macules rouges siégeant en nombre variable sur le voile du palais, la face interne des joues, des amygdales et leurs piliers. De petites vésicules vont rapidement les surmonter, elles n'auront qu'une durée éphémère, la mince pellicule épidermique qui les recouvre crève au bout de quelques heures, laissant à nu des ulcérations rapidement recouvertes de fausses membranes. La muqueuse buccopharyngée tout entière est gonflée, rouge, œdémateuse. L'ensemble de ces phénomènes se traduit par des troubles fonctionnels importants, la

parole devient difficile, la salivation est entravée, la bouche sèche, les mouvements de mastication sont très gênés et la dysphagie s'est révélée considérable dans ces deux cas. Au niveau des autres muqueuses se développent des phénomènes identiques comme en témoigne un coryza intense avec écoulement mucopurulent fétide, la photophobie et la conjonctivite observée chez l'enfant Den... Louis (obs. X).

Comme nous l'avons vu, les signes généraux s'améliorent considérablement au moment de l'éruption : la température revient à 38° et même 37° 5. Le pouls se ralentit, les rachialgies et le délire disparaissent. Seule Mme Melc... (obs. V) ne suit pas cette règle, ceci est du à son état général déficient et surtout aux phénomènes pulmonaires surajoutés.

En opposition avec cette rémission nous voyons au cinquième jour la température remonter, elle atteint 39-40°. Mais elle n'est plus continue, elle est irrégulière, à type presque oscillant avec des rémissions matutinales de un degré et plus. Le pouls reste aux environs de 100, céphalée, insomnie, douleurs réapparaissant mais à un degré moindre.

Le contenu des vésicules devient louche, le halo inflammatoire qui entoure chaque élément augmente et se tuméfie; c'est l'aréole secondaire. Cette période de suppuration dure environ trois à cinq jours.

La dessiccation commence par la face. Il était rare de voir la pustule s'ouvrir, elle se dessèche en formant une large croûte gris noirâtre, qui au niveau des pieds et des mains prend une coloration franchement noire,

un aspect lisse, aussi l'a-t-on comparé à une tête de clou.

La croûte se décolle par les bords et laisse une cicatrice en cupule, d'abord rouge, puis blanche qui va s'estomper peu à peu. Au bout de quelques mois il ne persiste que quelques cicatrices gonflées à peine visibles. Nous estimons que la disparition des lésions profondes du derme et par suite des cicatrices inesthétiques, est due pour beaucoup aux méthodes du traitement que nous verrons plus loin. Cette période de désincrustation se prolonge pendant un mois environ.

Avec la dessication, nous voyons survenir la convalescence; décharge urinaire, amélioration rapide de l'état général, retour de la température à la normale par une chute lente.

Nous arrêtons là cette étude clinique, volontairement brève, aucun cas ne s'étant écarté nettement de cette description presque classique.

COMPLICATIONS

La plupart des cas observés évoluèrent sans complications. Seule Madame Melc... (obs. V) fait une éruption grave. Des accidents cardiaques surviennent, véritable myocardite avec bruits assourdis, tension artérielle à 9-6, tachycardie importante. La vie de notre malade est en danger d'autant plus que des phénomènes d'insuffisance rénale apparaissent : albuminurie importante à 3 gr. Une dyspnée intense avec submatité et nombreux râles de la base droite vont faire cortège. Sous l'influence du traitement énergétique, malgré l'âge de la malade, nous voyons tous ces signes rétrocéder peu à peu et disparaître sans laisser de séquelles.

Nous ne considérons pas comme complications la dysphagie observée chez Madame R... (obs. XI) ni les troubles gastro-intestinaux ou hépatiques, simples exagérations de symptômes qui n'ont jamais atteint une intensité suffisante pour assombrir notre pronostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic à la période d'invasion est très difficile, la symptomatologie est celle de toutes les grandes pyrexies. Seule, la lombalgie associée à la notion épidémiologique nous permettait de soupçonner l'origine de ces malaises. L'éruption et surtout l'évolution étaient assez caractéristiques pour confirmer notre opinion.

Variole et pourquoi pas varicelle ?

Cette épidémie sans être grave a revêtu un caractère sérieux que nous n'avons pas coutume de voir lors des varicelles. L'évolution a présenté une durée d'environ trois semaines, la varicelle ne se prolonge guère plus d'une dizaine de jours. Ces notions générales séparent déjà les deux affections, l'analyse de quelques détails nous permettra de mieux les distinguer.

L'incubation a eu une durée moyenne de dix à douze jours, donc plus courte que celle admise pour la varicelle.

L'éruption a suivi une marche progressive, descendant de la face vers les extrémités, mais en une seule poussée, nous n'avons jamais observé d'éléments

d'âge différent en un même point, ce qui chez le varicelleux est normal, puisqu'il est admis que l'éruption se fait en trois à quatre poussées. La durée d'évolution de chaque élément, de son apparition à sa dessiccation est de trois à quatre jours dans la varicelle, elle était de 7 à 8 jours dans nos observations.

Les cicatrices, sans être indélébiles, et là il faut tenir compte de l'influence du traitement institué, n'ont pas été aussi passagères que dans la varicelle, elles ont persisté quelques mois.

La vaccination jennérienne, sans effet sur la varicelle jugula d'une façon merveilleuse cette épidémie. D'autre part, nous avons pratiqué cette vaccination chez plusieurs de nos convalescents non vaccinés depuis fort longtemps. Elle a toujours été négative. Il est bien démontré qu'une atteinte de varicelle n'empêche nullement l'évolution normale de la vaccine. Seule la variole peut expliquer cette immunité exceptionnellement prolongée.

Si la varicelle est le diagnostic le plus délicat, la variole est à distinguer de bien d'autres affections : prurigo strophulus, acné varioliforme, zonas très étendus.

La notion épidémiologique, l'évolution si spéciale de la maladie redresseraient d'elles-mêmes l'erreur.

Nous n'envisageons pas le diagnostic variole, alastrim, considérant avec le Professeur TEISSIER que l'alastrim n'est ni au point de vue clinique, ni au point de vue étiologique, différente de la variole européenne

VARIOLE ET VACCINATION

Nous ferons une étude un peu plus poussée des rapports de la variole et de la vaccination, quelques constatations un peu déroutantes à première vue ayant été faites pendant cette épidémie.

Les varioles les plus graves surviennent chez-des vieillards qui n'ont pas été vaccinés depuis leur enfance : telle Madame Mel... (obs. V), ou chez des débilités ; cas de Lem... Jean (obs. II) qui n'a pas fait de service militaire et n'a donc pas été vacciné depuis son jeune âge. En opposition nous voyons un taré : Lem... Pierre (obs. 1), profondément alcoolique, faire une évolution entièrement bénigne car il a été vacciné plusieurs fois au cours de la guerre 1914-1918.

La vaccination a joué un rôle prophylactique énorme au cours de cette épidémie. Alors que le virus ne demandait qu'à étendre son champ d'action, nous le voyons regresser rapidement par la mise en œuvre systématique de cette pratique.

Non seulement la population briochine, mais encore celle de sept communes voisines a été soumise à cette prophylaxie. A Saint-Brieuc le service d'hy-

giène se chargeait de prévenir la population et environ 20.000 personnes furent vaccinées par ses soins. Il est certain que les médecins et leurs auxiliaires ont porté à plus de 50.000 le nombre de vaccinés. C'est donc sur un vaste champ d'expérience que nous avons pu faire les quelques observations qui vont suivre.

Il nous a été possible de constater à trois reprises, une évolution contemporaine de la vaccine et de la variole. L'enfant Den... Louis (obs. X) vacciné le 23 février 1939 tombe malade le 2 mars. Madame Even... (obs. XIII) et Madame Qué... (obs. XIV), vaccinées le 28 février, s'alitent respectivement les 9 et 10 mars. Faut-il en conclure avec l'entourage que la vaccination jenneïenne n'a aucune valeur ? Ce serait une erreur, examinons les faits de plus près. La vaccination avait été faite avec succès dans les trois cas, mais la vaccine n'a pu empêcher la variole de se développer puisque l'immunité n'apparaît qu'au bout d'une quinzaine de jours. BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD ont bien mis en évidence que le sérum des individus vaccinés jouissait du pouvoir de neutraliser le vaccin, mais cette propriété n'apparaît que vers le douzième ou le quatorzième jour après l'inoculation. La variole en incubation lors de la vaccination n'était pas de son côté suffisamment évoluée pour empêcher le développement de la vaccine. Les deux affectations ont évolué parallèlement et semblent avoir très peu modifié l'allure clinique de leur antagoniste. Nous arrivons aux déductions suivantes :

Vaccination antérieure très éloignée : variole à forme moyenne ou même grave.

Vaccination antérieure plus rapprochée : variole bénigne même en terrain débilité.

Vaccination datant de moins de quinze jours : évolution parallèle des deux affections.

En terminant, pour répondre à une question fréquemment posée, nous examinerons rapidement les dangers que peut comporter la vaccination jennérienne.

Parmi les malades vaccinés à Saint-Brieuc et après enquête près des médecins des communes voisines, nous avons relevé des accidents de deux ordres : cutanés et nerveux.

Les accidents cutanés sont toujours restés localisés. Simple multiplication chez l'enfant d'éléments vaccinaux autour du point inoculé, par suite d'ensemencements multiples par grattage. Lymphangite avec adénopathie parfois marquée et une poussée thermique de quarante-huit heures. Plus inquiétantes ont été les réactions locales observées chez l'enfant Mar... Pierre, âgé de 5 ans et chez Mme Pel... Marie, âgée de 65 ans. Trois jours après la vaccination on constate d'énormes pustules aux points inoculés, l'œdème du membre est considérable, la température est à 39° 5, un léger délire. Après quarante-huit heures les éléments crèvent, laissant écouler un liquide purulent. Une croûte épaisse se forme, elle tombe au bout de quelques jours, véritable escharre, elle découvre une ulcération sanieuse, à bords taillés à pic, atteignant la taille

d'une pièce de vingt francs. Elle n'a aucune tendance à la réparation spontanée. Les pansements au sérum de cheval sont renouvelés chaque jour, peu à peu la plaie bourgeonne. Il faut trois semaines pour obtenir une cicatrice avec traces indélébiles marquées. Nous n'avons cependant observé aucun phénomène de gangrène ni de phagédénisme comme il en est décrit dans la thèse de Mlle MOULARD.

Les petits accidents nerveux surviennent fréquemment chez l'enfant, ils sont tous à type de réaction méningo-encéphalitique.

L'enfant D... Marcel, 6 ans et demi, entre à l'hôpital le 12 janvier. Le 25 janvier il crie, vomit et présente d'emblée une température à 40°. Dans la soirée on note quelques convulsions avec raideur de la nuque et signe de Kernig. Les réflexes tendineux sont exagérés. La ponction lombaire nous montre une hypertension du liquide céphalo rachidien avec légère albuminose. Le 27 la température tombe, l'enfant reste abattu mais tout rentre dans l'ordre et nous ne constatons par la suite aucune séquelle. Somme toute pyrexie aiguë passagère avec réaction encéphalitique. Quelques autres cas ont été observés mais à des degrés moindres.

Les cas de véritable méningo-encéphalite post-vaccinale sont heureusement exceptionnels. TURNBULL et MAC INTASH signalent en 1923 un pourcentage très élevé, presque la moitié, de cas mortels. En France, COMBY puis GARNIER réunissent 42 cas avec 36 % de morts.

Sachant que ces méningo-encéphalites existent, il ne faut pas s'exagérer leur fréquence, ce sont de véritables raretés pathologiques, que nous ne pouvons prévenir.

Nous ne pouvons terminer cet exposé sans rappeler les accidents graves survenus chez les lymphadéniques, accidents bien étudiés par MM. RAMOND, JACQUELIN et BOUVIER en 1922, par MM. TESSIER et Georges GARNIER en 1926, et qui tous ont été mortels. Nous n'avons pas observé ces accidents car nous nous sommes gardés de vacciner les leucémiques ou subleucémiques hospitalisés, suivant en cela les données de M. le Professeur TANON.

Il se dégage de ce bref exposé que les complications post-vaccinales sont exceptionnelles et qu'elles ne doivent pas faire obstacle à une vaccination systématique surtout en période d'épidémie.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

La vaccination tient la première place dans la lutte contre la variole, il faut la pratiquer fréquemment, surtout en période d'épidémie; lors des revaccinations on constate que près de 60 % des sujets sont réceptifs. Il faut de toute évidence leur conférer une immunité nouvelle.

Les malades atteints de variole n'ont malheureusement pas toujours accepté le transport à l'hôpital, ce qui aurait probablement évité quelques cas nouveaux. Force fut de les traiter à domicile. La pièce choisie était aussi séparée que possible des autres appartements. Chaque fois que l'on pouvait obtenir une sortie indépendante du reste de la maison, elle fut exclusivement utilisée. Une seule personne s'occupait du malade, les prescriptions furent exactement celles que nous allons voir pour le traitement à l'hôpital.

Le transport à l'hôpital s'effectuait par voiture réquisitionnée que l'on désinfectait, à l'établissement même. L'automobile pénétrait par un portail indépendant, atteignait directement la salle des contagieux. Cette salle avait été aménagée avec soin par M. le

médecin chef HÉRY. Elle avait été choisie au rez-de-chaussée ce qui évitait les escaliers, passage forcé pour le personnel hospitalier.

Elle avait une sortie sur un petit jardin grillagé où aucune autre personne de l'hôpital ne pouvait pénétrer. Elle n'avait aucune communication avec les autres salles. Elle réalisait les conditions optima pour éviter la dissémination de l'affection.

Les vitres ne laissaient filtrer que de la lumière rouge, l'éclairage artificiel était également rouge suivant les principes de photothérapie préconisés par FINSSEN. L'aménagement intérieur était aussi simple que possible, tout objet inutile avait été supprimé, réduisant au minimum les sources possibles de contagement ultérieur.

Seule une jeune infirmière de l'Ecole de Saint-Brieuc, — nous tenons ici à rendre hommage à son dévouement, — traitait nos malades. Elle vivait avec eux, complètement isolée du monde extérieur.

Le chef de service et l'interne revêtaient des blouses spéciales pour approcher les malades, se lavaient les mains et le visage à l'eau savonneuse et à l'alcool et baignaient les semelles de leurs chaussures dans une solution désinfectante à base d'acide phénique en quittant la salle.

L'alimentation était très simple, boissons abondantes, lait, café et, lorsqu'il n'y avait plus de fièvre, purée claire, jus de viande, extraits de foie.

La balnéothérapie associée au début au savonnage léger, puis seule, était régulièrement employée. La

désinfection des muqueuses était poursuivie systématiquement avec des substances peu irritantes : gargarismes à l'eau bicarbonatée quatre fois par jour, badigeonnages de bouche à l'huile phéniquée eucalyptolée, instillations nasales d'huile goménolée, étaient pratiquées trois fois par jour. Les conjonctives faisaient l'objet de soins attentifs, on procédait matin et soir au lavage des yeux au sérum salé physiologique suivi d'instillations de solutions concentrées de bleu de méthylène ou d'argyrol.

La médication interne employée peut se diviser en deux : l'une, purement symptomatique, avait pour but de prévenir les complications cardiaques : une injection de camphre et caféïne était pratiquée matin et soir, chaque fois que les bruits du cœur devenaient un peu sourds, la médication adrénalinée était appliquée systématiquement; l'autre presque spécifique : la médication xylolée.

ZUELZER l'emploie aux doses de quinze à vingt-quatre gouttes par jour jusqu'à la fin de la dessiccation. Il obtient des résultats remarquables. Elle est utilisée ensuite par José Otivos à Budapest en 1886 par VICHNEWSKY à Zarskoe--Sélo. En France, BÉLIN l'expérimenta sur les lapins et en présence des données expérimentales rassurantes, l'administra à ses malades, par gouttes dans du vin. C'est ensuite M. le Professeur TEISSIER qui se fait l'apôtre de ce traitement et en obtient les meilleurs résultats.

Nous avons employé avec succès ce médicament avec la posologie suivante : dès l'entrée en traitement

jusqu'à la dessication nette, 100 gouttes chez l'adulte, en quatre fois, prises dans du vin.

De la période de dessication jusqu'à la décrustation complète cinquante gouttes. Nous y associons quatre grammes de Ca Cl^2 par jour.

Chez l'enfant nous avons donné trente gouttes par jour dans du lait, jamais nous n'avons observé d'accidents toxiques.

L'éruption ne suit plus un cours régulier, la xylol abrège la durée de la maladie en diminuant le stade de la suppuration. Les éléments se dessèchent et donnent lieu à une croûte comme si ce médicament coagulait l'albumine contenue dans les vésicules et dans les pustules. Le xylol a une action désodorisante, nous n'avons pas constaté cette odeur repoussante des salles de varioleux signalée par les anciens auteurs. Il n'a jamais empêché la suppuration, il la limite seulement et active la dessication.

Le phénomène le plus heureux est que les malades guérissent de leur variole sans cicatrices, il ne reste plus de trace de la maladie sur les téguments.

Il n'y a plus de surfaces gaufrées, lisses, rouges, puis blanches, mais des taches non déprimées brunes, qui palissent progressivement et disparaissent.

Le xylol n'a pas de contre indications, il n'est pas irritant, ni caustique pour la muqueuse digestive. Il ne s'accumule pas dans l'organisme, il s'élimine presque aussitôt et on n'observe pas d'accidents d'intoxication.

On peut dire que le xylol constitue le meilleur trai-

tement de la variole, il n'en représente pas la médication spécifique car il n'arrête pas l'évolution mais il diminue la suppuration, évite les complications qui en résultent, et par là-même abaisse la température. Il transforme une maladie grave et souvent mortelle en maladie sérieuse sans doute, mais de bon pronostic.

CONCLUSIONS

De telles épidémies bien qu'essentiellement bénignes sont riches en enseignements. Elles nous apprennent :

1° Que quoique rare, la variole n'est pas une maladie exceptionnelle, qu'elle ne doit pas être éliminée à priori du diagnostic.

2° Que le diagnostic clinique des premiers cas est très difficile, en l'absence de toute notion épidémiologique.

3° Qu'une telle épidémie conserve une grande contagiosité, puisqu'une prophylaxie précoce et sérieuse permet d'en voir éclore une quinzaine de cas.

4° Que nous possédons un moyen de prophylaxie simple; la vaccination jennérienne dont la valeur s'est manifestée une fois de plus au cours de cette épidémie.

5° Que les accidents post-vaccinaux sont rares, dûs à des germes d'infection secondaire, qu'ils ne doivent pas entraver la vaccination; les terrains leucémiques ou lymphadéniques étant la seule contre-indication formelle.

6° Que la médication par les xylènes ou diméthylbenzènes présente une efficacité certaine; elle diminue la suppuration, elle entraîne une dessiccation plus rapide, elle a une action désodorisante et antiprurigineuse, enfin et surtout elle supprime les cicatrices inesthétiques, terribles séquelles de la variole.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de Thèse,*
BINET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

OBSERVATIONS

CAS I. — Lem... Pierre, Plœuc.

Plusieurs fois vacciné au cours du service militaire et de la guerre 1914-18, lourd passé éthylique. Il sera le premier cas de cette épidémie. Mme Lem... ayant été hospitalisée le 8 décembre 1938 pour congestion pulmonaire bilatérale grave, il vient la voir et couche les 13-14-15 décembre dans un petit hôtel du boulevard Charner à la suite d'un marin de commerce porteur de boutons suspects.

Le 22 décembre, il s'alite.

Il présente du coryza, de la conjonctivite, de la céphalée, des lombalgies. Il vomit et est adynamique.

Le 25 décembre.

Une éruption maculeuse apparaît sur le visage et dans la journée gagne le tronc et les membres.

Le 26 décembre.

Les papules deviennent blanches, se transforment en pustules, ascension thermique à 39°5.

Le 1^{er} janvier.

Ombilication, chute de la température.

Son frère vient lui rendre visite.

Le 3 janvier.

La dessiccation commence, elle est très rapide et un mois après le malade ne présente que des traces insignifiantes.

CAS II. — Lem... Jean, Plœuc.

Antécédents : 42 ans, réformé pour faiblesse de constitution, vacciné dans l'enfance, jamais depuis.

Il y a trois ans, 1936, il fait une tuberculose rénale et subit une néphrectomie à gauche.

Le 11 janvier.

Frissons intenses, céphalée, vomissements, peau sèche, face vultueuse.

Rachialgies, insomnie. T. 41°. T. A. 11/6.

Le 12 janvier.

Urines rares. On ne note aucune éruption.

T. 40°5.

Le 13 janvier.

Eruption érythémateuse morbilliforme.

T. 38°7.

Le 14 janvier.

Apparition de macules à la face et au cou.

Crise urinaire.

T. 37°8.

Le 15 janvier.

Le tronc et les membres sont atteints.

A la face les macules se sont transformées en papules.

T. 37°5.

Le 16 janvier.

Des macules se surmontent d'une petite perle transparente : la vésicule.

La muqueuse buccale présente de petites ulcérations entourées d'un halo inflammatoire et recouvertes de fausses membranes.

T. 37°6. T. A. 10/5.

Le 17 janvier.

Le liquide des premières vésicules devient louche.

T. 38°9.

Le 18 janvier.

Il n'y a plus que des pustules qui ébauchent une ombilication.

T. 39°.

Le 21 janvier.

La dessiccation commence.

T. 37°8.

L'évolution se poursuit normalement et le 18 février la décrustation est terminée.

CAS III. — Mme Veuve P. Melc..., 39 ans.

Sort convalescente de l'hôpital de Saint-Brieuc le 24 décembre 1938.

Le 10 janvier.

Le médecin constate des signes de varicelle, en réalité c'est déjà le stade papulo vésiculeux de la variole. Grâce au traitement xylolé le stade de pustulisation est très court et dès le 18 janvier l'éruption entre en voie de dessiccation. La convalescence suit un cours normal.

CAS IV. — Melc... fils, 7 ans.

Vacciné à un an.

Le 17 janvier.

Fatigue, catharre oculo-nasal.

Il présente un rash scarlatiniforme localisé aux régions inguinales et axillaires. T. 40°5.

Le 18 janvier.

Quelques maculopapules entourées d'un halo blanc sont constatées sur le visage et la partie supérieure du thorax, l'abdomen est presque respecté.

Le 19 janvier.

Les papules se surmontent de vésicules.

De petites vésicules apparaissent sur le voile du palais.

T. 37°5.

Le 20 janvier.

Légère tendance à la confluence des vésicules qui reposent sur une zone érythémateuse. T. 38°.

Le 22 janvier.

Les vésicules sont légèrement ombiliquées,

Les plus anciennes sont jaunâtres. T. 39°.

Le 24 janvier.

Les pustules se dessèchent et se transforment en croûtes jaune foncé.

Le 8 février.

Il subsiste de petites zones rouges entourées d'un halo pigmenté.

La desquamation se fait normalement. Les cicatrices sont à peine visibles un mois après.

CAS V. — Mme Melc..., 69 ans, Le Légué.

Vaccinée seulement dans l'enfance.

A donné ses soins à son petit-fils.

Le 5 février 1939.

Elle est atteinte de céphalée, vertiges, et vomissements, de rachialgies violentes avec délire.

T. 40°5. Pouls à 130. T. A. 11/5.

Le 8 février 1939.

La face est rouge, gonflée, recouverte presque uniformément de macules rougeâtres, sur le corps de nombreux éléments qui rapidement fusionnent. L'énanthème est très marqué, l'haleine est déjà fétide, la dyspnée profonde. On note une hypertrophie splénique et hépatique.

T. 41°. T. A. 9/6. Pouls 130.

Le 9 février.

Les macules de la taille d'une lentille prennent du relief.

T. 38°8.

Le 10 février.

Ce sont des pustules confluentes reposant sur une vaste zone rouge œdémateuse.

De nombreux éléments vélopalatins recouverts d'un exsudat gris jaune. La déglutition est difficile. T. 39°2.

Le 12 février.

L'éruption est confluyente, les pustules s'ombiliquent.

La face est gonflée méconnaissable, les paupières occluses, les lèvres tuméfiées.

La T. oscille 38°2 le matin, 39° le soir.

Les urines sont rares et albumineuses.

Le 13 février.

On hospitalise la malade.

Les pustules se fissurent et donnent issue à un pus jaune, d'odeur désagréable. On note quelques éléments purpuriques.

Asthénie profonde et délire.

La dysphagie reste marquée même pour les liquides.

La respiration est difficile, on note des signes de bronchite.

T. 39°5. Pouls 115. T. A. 9/5.

Le 15 février.

Les éléments se dessèchent.

L'épiderme se détache par lambeaux.

Le délire et les insomnies persistent. T. 39°3.

Le 17 février.

La malade est moins fatiguée.

Les éléments ne suppurent presque plus.

La température tombe à 38°2, crise urinaire, et peu à peu redescend à la normale.

Le 26 février.

L'état général bien amélioré les jours précédents s'aggrave à nouveau. Les urines diminuent : 500 cc., présence d'albumine. T. à 38°.

Le 28 février.

La température est revenue à la normale.

Le 2 mars.

Poussée de T. à 38°, oscillation de un degré jusqu'au 7 février.

T. A. 8/5.

Le 7 mars.

La température est revenue à la normale. La malade se lève.

Le 28 mars.

Elle présente des cicatrices pigmentées, peu profondes.

CAS VI. — Even... François, Pont-Cado, Pordic, 18 ans.
Vacciné à un an, revacciné à onze ans.

17 février 1939.

Frissons. T. à 40°.

Douleurs, malaises.

Écoulement nasal.

20 février.

Toux sèche. Apparition de zones érythémateuses, sur lesquelles se détache un fin pointillé. Le rash se localise aux plis de flexion du bras, du genou, à l'aisselle, aux plis inguinaux. Vomissements.

T. à 40°.

Rachialgies, insomnies.

Légère dyspnée.

22 février.

Eruption de maculo-papules.

A la face, de nombreuses vésicules. Plus nombreuses également aux mains et aux pieds.

23 février.

Les vésicules deviennent louches.

Les éléments de la face s'ombiliquent.

27 février.

Dessiccation au visage.

Croûtes et début de desquamation.

15 mars.

Il ne reste que quelques macules pigmentées.

Somme toute, évolution bénigne due aux deux vaccinations faites.

CAS VII. — Van... Marie, 58 ans.

Vaccinée dans l'enfance.

Travaille chez Even... les 10 et 11 février.

Malaise, n'a pas pris sa température.

C'est le 22 février que la malade remarque une éruption sur le visage et les mains.

Le 25 février.

La malade n'a pas jugé utile d'appeler le médecin, mais l'Inspecteur d'hygiène prévenu vient la visiter. Il remarque des pustules ombiliquées reposant sur une base rouge, abondantes surtout au visage, l'abdomen est presque intact.

Le 24 février.

La dessiccation commence.

Le 4 mars.

Les croûtes sont tombées, à leur place des papules entourées d'une collerette à peine marquée.

Le 30 mars.

Quelques points pigmentés.

Donc voilà une évolution essentiellement bénigne, sans signes généraux marqués, la malade n'avait même pas appelé le médecin.

CAS VIII. — Mme Fabr... Kerloïc, Binic, 26 ans.

Vaccinée dans l'enfance.

Depuis le 23 février a présenté :

Des malaises, nausées, vomissements avec céphalée, peu de rachialgies, coryza.

Le 25 février.

Eruption rash scarlatiniforme.

Le 26 février.

Entre à l'hôpital.

Eruption, éléments confluents sur toute la face, sur le corps, gros foie, grosse rate.

Le 28 février.

Suppuration généralisée sans œdème, sans dysphagie.

T. 40°5. Pouls 148. T. A. 9/3.

Femme prostrée, fatiguée.

Le 1^{er} mars.

L'éruption est typique, début d'ombilication.

T. à 39°2. Pouls 126. T. A. 10/6.

Le 2 mars.

T. 38. T. A. 11/7. Pouls 108.

L'éruption se dessèche surtout à la face.

Le 4 mars.

Dessiccation continue.

La malade se sent mieux.

La T. 37°5. T. A. 12/7.

Le 6 mars.

Va bien, augmentation des urines.

T. A. 12/7. Pouls 76.

Le 8 mars.

Dessiccation aux mains et aux pieds.

Disparition des croûtes de la face.

Le 10 mars.

Va très bien. Température normale.

Il ne reste que des éléments pigmentés.

Le 8 avril.

Sort de l'hôpital en bonne santé.

CAS IX. — M. Br..., rue des Ecoles, Binic, 45 ans.

Vacciné dans l'enfance et au service militaire.

Le 22 février.

Etat grippal, céphalée, nausées sans vomissement.

Le 25 février.

Le malade remarque à la base et aux bras des maculopapules.

Le 26.

Voyant que l'éruption s'étend, appelle le docteur B... qui le fait admettre à l'hôpital.

Le 27, il présente :

Des céphalées, de l'insomnie, des courbatures.

Sur tout le corps une éruption vésiculeuse disséminée, quelques éléments à la face deviennent des pustules.

T. à 38°. T. A. 10/5.

Le 28.

Les éléments sont des pustules reposant sur une base, indurée, non confluent.

Le 1^{er} mars.

Ombilication. Les croûtes apparaissent.

Le 8 mars.

La desquamation commence.

Le 28 mars.

Elle est terminée. Le malade sort le 12 avril, n'ayant pas de cicatrices.

CAS X. — M. D... Louis, 2 ans 1/2.

Neveu d'Even..., Pont-Cado, Pordic.

Enfant normal, vacciné sept jours auparavant.

Le 2 mars.

Jetage nasal.

Eruption papuleuse discrète; quelques éléments siègent à la face; la muqueuse buccale est normale.

T. 39°8.

Le 3 mars.

Petit nombre d'éléments disséminés sur tout le corps, éruption papuleuse, dure au toucher.

Sur le pharynx : quelques éléments (3 ou 4).

Rate augmentée de volume. T. 38°2.

Le 6 mars.

Les éléments sont papulo-vésiculeux surtout à la face.

Le 8 mars.

Éléments vésiculeux, léger œdème de la face. T. 38°.

Légère dyspnée.

A la base droite, diminution de sonorité; respiration rude, soufflante.

Le 9 mars.

Les éléments s'ombiliquent surtout à la face, ils sont pustuleux, ils s'affaissent.

L'œil gauche est collé, sécrétions purulentes.

A l'auscultation, quelques signes de bronchite de la base droite.

T. 39°2.

Le 12 mars.

Les éléments de la face sont presque tous desséchés, l'œdème a disparu, les pustules du corps sont affaissées, l'enfant s'amuse.

Les signes de bronchite ont disparu.

T. 38°.

Le 14 mars.

Dessiccation à peu près complète.

La bouche est normale, l'œil ne suppure plus. T. 37°6.

Désormais, la dessiccation puis la désincrustation complète se produisent régulièrement sans incident, la température est absolument normale; l'enfant revu en juillet, est guéri dans des conditions parfaites.

CAS XI et XII. — Nous réunirons ces deux cas parce qu'ils se sont déclarés en même temps dans le service des

vieillards, non vaccinés en raison de l'éloignement et de l'isolement complet de l'asile qu'ils occupaient. L'évolution en a été identique.

Le 8 mars 1939.

Nous avons été appelés près de Mme R..., âgée de 60 ans, et Mme Bourd..., âgée de 66 ans, séjournant comme pensionnaires au pavillon des vieillards.

Nous nous trouvons en présence de deux malades travaillant fréquemment ensemble et se plaignant depuis la veille de « maux de reins » avec nausées, sueurs, et céphalées intenses.

Mis en éveil par l'épidémie en cours, nous isolons immédiatement ces deux malades.

Le 13 mars.

Une éruption apparaît dans la nuit, forme discrète, bien individualisée, macules nombreuses à la face, rares sur le tronc.

A l'examen de la cavité buccale de Mme R... un grand placard gris-jaunâtre siège sur le voile du palais, à contours polycycliques, s'accompagne d'un peu de dysphagie, d'écoulement nasal avec voix nasonnée.

Mme Bourd... ne présente qu'un énanthème très discret, caractérisée par trois petites exulcérations.

L'état général des deux malades est très satisfaisant.

T. A. 12/8. T. 38°8.

Le 15 mars.

Vésicules sur tout le corps, état semblable de la bouche, bon état général.

Le 16 mars.

Les éléments sont devenus franchement purulents, entourés d'une aréole rouge.

T. 39°8. La diurèse est diminuée : 500 cc.

Léger délire.

Le 18 mars.

Les éléments se dessèchent.

Les éléments buccaux sont nettement améliorés.

Le 19 mars.

Les malades vont bien, le délire a disparu.

Plus de température.

Le 23 octobre.

Les deux malades se lèvent dans un fauteuil et l'on cesse la médication xylolée.

En résumé, variole bénigne, qui, grâce au traitement énergique, permet une convalescence et une guérison dans les meilleures conditions possibles.

CAS XIII. — Mme Evé..., mère, Pont-Cado, 62 ans.

Vaccinée le 28 février 1939.

Le 9 mars.

Malaises, céphalée légère.

Ne prend pas sa température.

Le 12 mars.

Eruption à la face de papules.

Le 13 mars.

Papules sur tout le corps, mais très disséminées et tout l'abdomen est intact.

Le 18 mars.

Pustules ombiliquées reposant sur une base rouge.

Le 21 mars.

Dessiccation.

Le 1^{er} avril.

Les croûtes sont tombées et remplacées par des maculopapules entourées d'une collerette squameuse.

Le 25 avril.

Cicatrices à peine visibles.

L'évolution s'est faite sans signes généraux.

L'immunité ne semblait pas encore acquise assez fortement.

CAS XIV. — Mme Gué..., Beaumont, Binic, 35 ans.
Vaccinée le 28 février 1939 avec succès.

Le 10 mars.

Quelques nausées, vomissements.

Pas de céphalée ni de rachialgie.

Le 15 mars.

Eruption à la face.

Extension dans la journée à tout le corps. T. 38°.

Le 17 mars.

Suppuration.

T. A. 10/5.

La malade n'est pas prostrée.

Pas d'énanthème.

Le 20 mars.

Dessiccation qui continue progressivement. La malade se sent plus vigoureuse que les jours précédents.

Le 23 mars.

L'amélioration persiste.

Le 26 mars.

Dessiccation complète.

Plus de croûtes sur la face. La convalescence est excellente.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD (H.) : Réaction vaccinale et post-vaccinale (*J. de Méd. et Chirurgie pratique*, 10 janvier 1931).
- BLUM (P.) et BOUTARIC : Incidents et accidents de la vaccination jennérienne (*Bull. et Mém. de la Soc. Médec. des Hôpitaux de Paris*, 17 octobre 1925).
- BARON (P.) : Encéphalite post-vaccinale en France (*Thèse*, Paris, 1929).
- ISCHOK (G.) : Encéphalite de la vaccination (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 avril 1927).
- JITTA (J.) : Sur les accidents consécutifs à la vaccination antivariolique (*Bull. off. internat. d'Hyg. public*, 7 avril 1928).
- JUILLARD (E.) : Dangers de la vaccination jennérienne (*Rev. méd. de la Suisse Romane*, octobre 1927).
- TESSIER : A propos de la vaccination jennérienne (*Bull. méd. de Paris*, 1927).
- VELASCO PEZAREZ : Accidents graves provoqués par la vaccination antivariolique (*La Pédriatria Espanola Madrid*, 1924).
- LONDON (J.) : Accidents de la vaccination jennérienne chez les leucémiques et les sub-leucémiques (*Thèse*, Paris, 1932).
- VERGELY : Accidents locaux de la vaccination (Bordeaux, 1878).

- HERVIEUX : Vaccination. Epidémie de la Motte-aux-Bois (*Bull. ac. de Médecine*, 1889).
- MOULARD (E.) : Un cas de vaste gangrène phagédénique à la suite de la vaccination (*Thèse*, Paris, 1922).
- POURQUIER : Accidents cutanés après vaccine (*Rev. d'Hyg.*, t. X, n° 9, 1888).
- CAMUS : Remarque à propos de la dernière épidémie de variole et des mesures prises pour la combattre (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, Paris, 1926).
- TANON : Relation de la petite épidémie de variole observée à la fin de 1925 et au début de 1926 (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, Paris, 1926; p. 622).
- GUYOT (Ph.) : La variole à Paris en 1925-27. Epidémiologie et prophylaxie générales (*Thèse*, Paris, 1927).
- BONNAN et BOK : Die Hispathologie des Encephalitis post vaccinationem (*Zeits F. die Guesond Neurol. und Psychiat.*).
- CAMUS : Rapports sur la vaccination en France et aux colonies (*Bull. de l'Ac. de Médecine*).
- PERILMAN (M.) : Résultats de la vaccination antivariolique obligatoire à Paris et dans le département de la Seine depuis la guerre 1914-1918 (*Thèse*, Paris, 1932).
- Baj. MOISE : La lutte antivariolique en Pologne et son organisation (*Thèse*, Paris, 1936).
- EDMUNDS (P. J.) : Affections cutanées et autres durant et après la vaccination antivariolique (*Méd. Presse*, 1931-35).
- BASTINI (J.). — Les accidents de la vaccination préventive (*Thèse*, Alger, 1939).
- ATCHILDI (A. I.) : Traitement de la variole, notamment par les Xylènes (Diméthyl Benzenes) (*Thèse*, Paris, 1928).
- AUCHÉ (de Bordeaux) : Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique. Brouardel et A. Gilbert, 1905.

RICHE : Du traitement hydrothérapique de la variole (*Thèse*, Lyon, 1886).

CALLAY (Roger) : Une épidémie de variole à Reims (*Thèse*, Paris, 1935).

GASTINEL (P.) : Réactions d'infection et d'immunité dans la vaccine et la variole (*Thèse*, Paris, 1913).

ZUELZER : Berliner Klénische Woschenchrift, 1871.

